10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880

THÈSE

N° 100

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 18 mars 1880, à 1 heure.

Par Henri ARNAL

Né à Rodez (Aveyron), le 28 avril 1856,

Médecin-stagiaire au Val-de-Grâce.

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LA RÉSECTION ET LES TUMEURS DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Président M. RICHET, *professeur*.

Juges : MM. { PAJOT, *professeur*. / CHARPENTIER, BERGER *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ONCLE L'ABBÉ ARNAL
Curé archi-prêtre de Saint-Affrique.

Faible témoignage de la plus profonde reconnaissance.

A MA TANTE SOPHIE DAVID

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MON EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR EUGÈNE BONNEFOUS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

ÉTUDES CLINIQUES

SUR LA RÉSECTION ET LES TUMEURS DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

AVANTP-ROPOS

Dans les moments trop courts, à notre gré, que nous avons passés dans les salles de chirurgie, nous avons entendu bien souvent nos maîtres prononcer au lit des malades une parole qui nous a toujours frappé : « Devons-nous intervenir ? » C'est qu'en effet dans l'art chirugical c'est là un point important.

Une opération faite à contre-temps, dans un mauvais terrain, même par une main des plus habiles, ne réussirâ, pas du moins quant à ses résultats thérapeutiques, tandis qu'une opération faite en temps opportun sur un sujet de bonne constitution, même par une main novice, aura bien des chances d'être couronnée de succès.

Nous ne nous proposons pourtant pas de traiter d'une manière générale des indications en chirurgie. Ce travail trop long et trop difficile serait bien au-dessus de nos forces ; notre but est plus modeste, notre travail plus restreint. Nous voulons seulement essayer de déterminer dans quel cas une opération pour ainsi dire journalière, *la résection du maxillaire supérieur*, est indiquée, dans quel cas elle ne l'est pas. Puissions-nous encore ne pas rester trop au-dessous de notre tâche et mériter ainsi la bienveillance de nos juges.

Nous ne saurions commencer notre travail sans assurer M. Grynfeltt, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, de notre reconnaissance pour les matériaux divers qu'il a mis à notre disposition.

Le plan de notre travail est celui-ci :

CHAP. I. — Aperçu historique de la résection du maxillaire supérieur.

CHAP. II. — Bénignité relative de la résection du maxillaire supérieur. — Statistiques.

CHAP. III. — Connexions anatomiques du maxillaire supérieur. — Choix du mode opératoire.

CHAP. IV. — Son inutilité et même son danger dans certains cas.

CHAPITRE PREMIER.

APERÇU HISTORIQUE.

Si la question de priorité pour l'ablation du maxillaire supérieur a donné lieu à beaucoup de débats, c'est que les auteurs n'ont pas distingué les rs ections partielles des résections totales.

Cela est indispensable au point de vue historique (1).

La première résection du maxillaire remonterait à 1693, et aurait été pratiquée par Acolathus (de

(1) Nous n'avons pas nous-même fait cette distinction, parce qu'elle ne nous a pas paru utile pour notre travail. Du reste, le expressions de résection, ablation du maxillaire supérieur laissen beauconp à désirer : car elles n'indiquent pas la nature de l'opération. Nous aimerions mieux voir passer dans le langage chirur gical les expressions de : amputation partielle de la mâchoire supérieure, ou bien, selon le cas : extirpation du sinus maxillaire. (M. A. Richet, Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, page 440.)

Breslau). Plusieurs chirurgiens du siècle dernier, et en particulier Desault, Garengeot, Jourdain, ont enlevé des tumeurs du maxillaire supérieur avec la gouge et le maillet. Dupuytren enleva de cette façon, en 1824, la plus grande partie du maxillaire supérieur.

Mais toutes ces opérations ne sont que des résections partielles. C'est à Gensoul (de Lyon) que revient le mérite d'avoir conçu l'idée de l'ablation totale du maxillaire supérieur, de l'avoir exécutée avec succès et de l'avoir fait entrer dans la pratique.

Gensoul pratiqua, en effet, sa première opération en mai 1827, et en 1833 il avait eu l'occasion de pratiquer huit fois cette opération sans perdre un seul malade.

Lizars (d'Edimbourg) qui semble avoir indiqué le premier, en 1826, dans son *System of anatomical plates*, comment il est possible d'enlever le maxillaire supérieur, sans atteindre d'organe essentiel, conseillait la ligature préalable de la carotide primitive. Malgré cette ligature, lorsqu'il mit son procédé à exécution pour la première fois en décembre 1827, l'hémorrhagie fut si forte que l'opération dut être suspendue.

Depuis cette époque, la résection du maxillaire supérieur est pour ainsi dire complètement passée dans les mœurs chirurgicales, et c'est par centaines que se chiffrent les opérés.

CHAPITRE II.

BÉNIGNITÉ RELATIVE DE LA RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

« Les personnes peu familiarisées avec le spectacle de ces effrayantes mutilations sont disposées, au premier moment, à accuser la chirurgie de témérité, mais les résultats viennent bientôt modifier cette fâcheuse impression. » (Mém. de la Soc. de Chirurgie, t. III, p. 534, Sédillot), Il suffit de jeter un coup d'œil sur les divers articles scientifiqués qui ont trait à la résection du maxillaire supérieur pour s'assurer de la vérité de cette parole.

Ainsi Gensoul a pratiqué pour des causes diverses 8 resections du maxillaire supérieur sans aucun iusuccès. (1833).

10 opérations faites par Robert ont eu un tout aussi heureux résultat.

Michaux (de Louvain), 1867, donne des résultats excessivement favorables. Sur 15 opérés pour des affections variées, 1 mourut d'infection purulente,

6 guérirent de l'opération, mais moururent de récidive. 8 vivaient encore au moment où ces résultats étaient publiés,

Dieffenbach, sur 52 cas de résections plus ou

moins étendues n'a pas perdu un seul malade.

O. Heyfelder (Die Resection, Berlin, 1852) a réuni :

112 résections totales, 26 insuccès.

127 résections partielles, 36 insuccès.

Langenbeck, d'après Lüche (Arch. Für Klin, Chirurg., III, p. 201), a fait 20 résections totales, dont deux fois des deux mâchoires simultanément, 10 morts. 28 résections partielles, 1 seul cas de mort.

M. Robin Massé cite, dans sa thèse, 22 ablations du maxillaire supérieur, pratiquées dans le but d'enlever des polypes naso-pharyngiens, et sur ces 22 cas, il ne compte que 3 morts, dont 1 par le chloroforme, et 2 par les procédés de destruction de la tumeur bien plutôt que par la résection.

Bien plus, bon nombre de chirurgiens ont pratiqué l'ablation simultanée des os maxillaires. Cette opération a été suivie de succès, malgré l'étendue de la mutilation.

D'après Heath, M. Lane a enlevé avec succès les deux os avec une partie du vomer (Lancet, 25 janv. 1862) Rogers, de New-York, opéra de même avec succès en 1864. Heyfelder, en 1844, et plus tard à deux reprises encore enleva également les deux maxillaires ; ses trois opérés guérirent. Le docteur Parise présente à l'Académie de médecine en 1859 un malade auquel il a pratiqué l'ablation des deux

maxillaires supérieurs. Ce malade parle, boit, mange et se porte très bien.

Selon une communication de M. Trélat, à l'Académie, sur 35 cas d'amputation du maxillaire supérieur on compte 11 morts.

La *Gazette hebdomadaire* (12 avril 1876, nº 15) donne le résumé de 20 cas de résection de la mâchoire supérieure pratiqués de 1862 à 1864 à la clinique chirurgicale du professeur Heter. Il compte 14 guérisons et 6 morts,

Sur 18 opérations du professeur Desgranges (de Montpellier), 11 guérisons, 7 morts.

Nous ne saurions terminer cette revue sans dire quelques mots d'une opération pratiquée par Maisonneuve le 28 avril 1856.

Le malade en question, Auguste F..., âgé de 42 ans, tisseur, était affecté d'un cancroïde végétant qui avait envahi la presque totalité du côté droit de sa face.

L'opérateur divisa avec la scie à chaîne la voûte palatine et l'os de la pommette, coupa les os du nez avec la pince incisive, détacha le voile du palais et enleva d'un seul bloc l'os maxillaire supérieur, l'œil, la moitié droite du nez, et la joue correspondante.

M. Charrière fut chargé de réparer les dégâts; par une prothèse ingénieuse il reconstruisit un visage complet.

Le malade, sorti de l'hôpital le 14 juillet, parle

avec une netteté parfaite, et grâce à son visage artificiel se promène dans les rues et se mêle à la foule sans que rien attire sur lui l'attention. (Gaz. des hôpitaux, 1856, p. 366.)

Résumons-nous : Nous avons réuni 472 résections partielles ou totales.

371 succès; 101 insuccès.

C'est-à-dire une moyenne de 1 insuccès pour 3,67 succès.

Ces chiffres parlent assez haut, il n'est pas besoin de les commenter. Nous ajouterons seulement une des observations qui nous ont donné l'idée de ce travail. Nous avons suivi le malade depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Nous empruntons son histoire complète à un opuscule de M. Grynfeltt, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, (Epithélioma du maxillaire. Resection de cet os; conservation du plancher de l'orbite, 1879.)

Observation I.

F... (Théodore), 25 ans, de Servieus (Gard), bonne constitution, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital de Saint-Eloi (clinique chirurgicale) le 28 février 1878. Il est couché au lit n° 46 de la salle Saint-Eloi.

Cultivateur jusqu'à l'âge de 22 ans, il exerce maintenant la profession de boulanger depuis trois ans. Il s'est toujours bien porté, et sa vie n'a jamais

cessé d'être régulière. Dans son enfance, pas de manifestations strumeuses. A 12 ans, rougeole suivie d'une conjonctivite de peu de durée. Il y a deux ou trois ans, les trois dernières dents molaires supérieures droites se sont cariées et deux sont tombées par fragments sans le faire notablement souffrir. Une molaire supérieure gauche a eu le même sort.

Son père a toujours été bien portant, mais sa mère est souvent malade, sans qu'il puisse nous renseigner plus amplement. Ni ses grands parents, ni ses collatéraux n'ont jamais eu de maladie de même nature que la sienne (sauf bien entendu le cas de carcinomie interne méconnu).

Il fait remonter le début de sa maladie actuelle au mois d'octobre 1877. A cette époque il a souffert de ses dents molaires supérieures droites déjà cariées, et il a remarqué qu'au niveau de la première grosse molaire il se trouvait une petite tumeur de la couleur de la gencive, indolore et non saignante du volume d'un petit pois. Les deux dernières molaires suivantes étaient gâtées depuis longtemps, leur couronne avait complètement disparu, elles étaient à fleur de la gencive.

Cette tumeur grossit de jour en jour, et finit par envahir bientôt tout le bord alvéolaire correspondant. Bouche mauvaise, douleurs lancinantes dans toute la mâchoire, hémorrhagies fréquentes. Deux ou trois médecins consultés conseillèrent l'entrée à

l'hôpital de Montpellier, et, en attendant, gargarismes avec la décoction de pavot, onctions mercurielles et cataplasmes émollients sur la joue.

Depuis le jour de l'admission de F... dans le service de la clinique chirurgicale jusqu'au jour de l'opération, c'est-à-dire du 28 février 1878 au 20 avril suivant, la tumeur a doublé de volume. Ce malade frappe de loin l'attention de l'observateur : sa joue droite est déformée, mais arrondie ; elle est comme soulevée et distendue par la présence d'une pomme de moyenne grosseur placée dans la partie droite du vestibule de la bouche. Les téguments ont leur coloration normale, et les tissus qui constituent la paroi buccale en ce point sont tout à fait sains. Le doigt explorateur se meut librement entre la face interne de la joue et la face externe de la tumeur. La consistance de cette dernière est assez ferme. Quelques points sont plus mous. En invitant le malade à ouvrir la bouche, ce qu'il ne peut faire sans quelque difficulté, surtout d'une manière complète, on constate dans tout le côté droit de la cavité buccale la présence d'une énorme masse charnue rouge, framboisée, irrégulière, divisée en deux gros lobes occupant, l'un tout le côté droit du vestibule de la bouche, l'autre le côté correspondant de la voûte palatine. Le premier, du volume d'une pomme de moyenne grosseur, est arrondi et tout à fait indépendant, avons-nous déjà dit, de la face interne de la joue ; le second, de moitié moins

volumineux, est aplati et s'étale sur toute la portion osseuse de la voûte palatine, à laquelle il paraît adhérer. En somme, la tumeur peut être comparée à un gros champignon ayant le bord alvéolaire supérieur droit pour pédicule. En sorte que cette partie du maxillaire supérieur est totalement enfouie au centre du néoplasme, tandis que la partie correspondante du maxillaire inférieur, à laquelle il manque deux dents, est tout à fait libre, et paraît avoir été la cause déterminante de la disposition bilobée de la tumeur sur laquelle est marquée son empreinte. Indolore au toucher, ne saignant pas avec facilité, cette tumeur, au dire du malade, est fâcheusement influencée par le froid. Il y fait naître des douleurs vives qui s'irradient jusque dans l'oreille droite et que la chaleur calme promptement.

La langue et les amygdales sont saines. Pas d'exophthalmie, pas de déviation du globe cellulaire qui jouit de tous ses mouvements ; pas de diplopie, pas d'affaiblissement de l'acuité visuelle ; pas d'altération appréciable des régions malaire et sous-orbitaire. La cavité nasale est parfaitement libre. Un ganglion lymphatique induré, gros comme une petite aveline, roulant sous le doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté affecté ; ganglions inguinaux, également augmentés de volume.

Tel est l'état de F... lorsque M. Grynfeltt prend

le service de la clinique chirurgicale, le 15 avril 1878, en remplacement de M. le professeur Courty, appelé à Paris comme juge du dernier concours pour l'agrégation en chirurgie.

Le diagnostic ne peut être douteux : il s'agit d'une épulis épithéliale ayant envahi tout le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure du côté droit l'apophyse palatine correspondante ; le seul moyen d'intervention possible est la résection du maxillaire supérieur avec conservation du plancher de l'orbite, que l'absence de symptômes oculo-orbitaires font rationnellement considérer comme indemne, quitte à le sacrifier si au courant de l'opération il paraît altéré.

En conséquence, sans chloroformisation préalable, le malade assis sur une chaise solide, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide placé derrière lui et chargé de comprimer les faciales, subit avec le plus grand courage l'opération suivante :

Incision avec un fort bistouri des parties molles de la face jusqu'au squelette, suivant la ligne brisée du « sillon naso-génien droit », incision commençant bien au-dessous du grand angle de l'œil. L'aile du nez exactement contournée avec l'instrument tranchant, la lèvre supérieure est nettement divisée d'un seul coup de ciseaux de Dubois, appliqué sur le bord droit de la «fossette sous-nasale.» Dissection des parties molles de la joue jusqu'au dessous du rebord orbitaire inférieur. Une seule liga-

ture sur la coronaire supérieure. La narine droite est détachée, avec le bistouri, de l'apophyse montante du maxillaire. Pour attaquer avec plus de précision le squelette, et mieux voir les points sur lesquels doivent porter les sections osseuses, le champignon vestibulaire de la tumeur est saisi avec des pinces de Museux et séparé du bord alvéolaire du maxillaire, sur lequel il est implanté, à l'aide d'une lame du thermo-cautère de Paquelin. Pour faciliter cette excision dans la partie la plus reculée du vestibule de la bouche, la commissure labiale est divisée transversalement d'un coup de ciseaux dans l'étendue de 3 centimètres environ.

Le maxillaire supérieur, ainsi mis à découvert, est sectionné dans sa portion malaire avec une petite scie à main ; l'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus sont attaquées avec une pince de Liston. Avec cet instrument on ne peut pourtant exécuter leur section, et force est de la terminer avec le ciseau et le maillet.

Enfin la voûte palatine est divisée sur la ligne médiane, d'avant en arrière, d'un coup de cisaille de Liston. Le lobe palatin de la tumeur, ayant mis obstacle à l'action du bistouri pour détacher au préalable la base du voile du palais de son insertion à la voûte palatine, cette section est effectuée en dernier lieu avec des ciseaux courbes, quand, à l'aide d'un gros davier, on eut complètement disjoint par luxation le maxillaire de ses connexions avec le pa-

latin et l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Quelques coups de ciseaux achevèrent ensuite la séparation définitive de l'os, des parties molles environnantes et suffirent à l'ablation de parcelles osseuses mobiles restées au fond du champ opératoire. Hémorrhagie par l'artère sous-orbitaire et quelques artérioles profondément situées. La lame incandescente du thermo-cautère est appliquée sur tous ces points. La cavité résultant de cette résection est remplie par une série de bourdonnets de charpie attachés en queue de cerf-volant, trempés dans l'eau hémostatique de Léchelle et roulés dans la poudre de colophane. Deux points de suture entortillés, un pour le bord libre de la lèvre supérieure, l'autre pour la commissure. Partout ailleurs suture à points séparés avec fils métalliques (cinq points pour l'incision naso-génienne, deux seulement pour l'incision de la commissure). Compresses d'eau froide phéniquée sur la joue, fréquemment renouvelées dans la journée. Potion avec : alcoolature d'aconit 20 gouttes, sirop de morphine et eau de fleurs d'oranger (aa) 30 grammes ; limonade sulfurique pour boisson ; bouillon et vin, le tout donné au biberon. L'extrémité libre du fil de la queue de cerf-volant est attachée à l'épingle de la suture entortillée de la commissure.

Le soir, pas de réaction, douleur très supportable ; le malade ne se plaint pas, il est content.

Le lendemain (21 avril) même état, pouls à 70 ;

quelques heures de sommeil dans la nuit. Suspendre la potion ; les autres prescriptions comme la veille.

Le soir, 60 pulsations artérielles seulement.

Le troisième jour (22 avril), pouls à 90; le malade est tout de même bien. — Prescriptions *ut supra*.

Le quatrième jour (23 avril), la fièvre est tombée, 65 pulsations. A la faveur de son extrémité libre laissée à l'extérieur, le tampon en queue de cerf-volant est enlevé. Lavage du fond de la plaie par la bouche avec de l'eau alcoolisée et phéniquée projetée à l'aide d'une seringue. Le malade est chargé de répéter lui-même ce lavage, plusieurs fois dans la journée. Potages clairs, lait, chocolat, œufs à la coque, vin, toujours donnés au biberon.

Le 26 avril, tous les points de suture sont enlevés. Les deux incisions pratiquées sur la face sont réunies par première intention. Les deux points de suture entortillée seuls donnent quelques gouttes de pus sortant du trajet des épingles. — Mêmes prescriptions ; prommenades dans la cour.

Le 27 avril, quelques fragments d'os nécrosés se détachent au moment du lavage de la plaie profonde, qui commence à bourgeonner ; pas d'hémorrhagie. — Alimentation ordinaire. — Toujours lavages antiseptiques réitérés.

Bref, les suites de cette opération ont été d'une simplicité extrême ; après l'élimination des eschares produites par le feu, des bourgeons charnus de bonne nature sont venus combler en grande partie la

perte de substance résultant de l'ablation du plateau palatin du maxillaire supérieur; et ces bourgeons charnus, après une période de suppuration relativement courte, ont fourni les éléments d'une cicatrisation solide et définitive. A peine si la joue du côté opéré est-elle restée un peu aplatie. Le timbre nasonné de la voix, si désagréable dès les premiers jours après l'opération, avait même presque complètement cessé quand le malade quitta l'hôpital, le 31 mai suivant. Le ganglion sous-maxillaire, en dépit des larges frictions mercurielles qui furent faites, resta stationnaire. Le malade ne voulut jamais consentir à en être débarrassé.

Nous pourrions transcrire encore beaucoup d'histoires d'opérés guérissant aussi vite que le nôtre, mais elles n'ajouteraient rien à l'éloquence des chiffres que nous avons donnés plus haut.

CHAPITRE III.

CHOIX DU MODE OPÉRATOIRE.

Avant d'entrer dans l'exposition des divers procédés opératoires, rappelons les connexions anatomiques du maxillaire supérieur.

Cet os est relié au reste de la face par quatre points importants à connaître.

1° Le bord postérieur de l'os est intimement uni à l'os palatin et à l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde. Cette union ne peut guère être détruite qu'en fracturant les os.

2° L'apophyse montante est unie en avant à l'os propre du nez ; en haut à l'apophyse orbitaire interne du frontal, en dedans à l'os unguis. Elle concourt à la formation du canal lacrymo-nasal. La séparation ou mieux la fracture est facile en ce point par suite du peu de résistance des os.

3° Les apophyses palatines sont unies sur la ligne médiane dans toute la longueur de la voûte osseuse du palais, de l'épine nasale antérieure à l'épine nasale postérieure.

4° Enfin l'apophyse malaire du maxillaire est intimement unie à l'os malaire, qui forme en dehors la paroi inférieure de l'orbite. A ce point de jonction des deux os, on trouve la fente sphéno-maxillaire, qui sépare en arrière les parois inférieure et externe de la cavité orbitaire. Large de 5 à 8 millimètres à son extrémité antérieure, cette fente se termine à 12 ou 15 millimètres du rebord orbitaire inférieur et répond en bas à la fosse ptérygo-maxillaire.

Vaisseaux : artère faciale, artère transverse de la face artère sous-orbitaire. Il faut éviter la lésion de l'artère maxillaire interne dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Nerfs : quelques rameaux du facial ; le nerf sous-orbitaire.

Ces connaissances une fois établies, passons à l'examen des procédés opératoires.

Ces procédés sont bien nombreux, on pourrait presque dire que chaque chirurgien a le sien. Et cela se conçoit, on ne saurait établir une méthode unique pour enlever des tumeurs à sièges, dimensions, consistances variables.

Nous passerons en revue les principaux, insistant sur ceux qui nous sembleront le mieux réaliser les trois conditions que doit remplir, suivant M. Dubreuil, tout bon procédé de résection de la mâchoire supérieure, à savoir :

1° Donner suffisamment de jour pour l'exécution facile des sections osseuses.

2° Respecter le canal de Sténon et les grosses branches du facial.

3° Laisser une cicatrice la moins difforme possible.

On peut diviser les procédés en deux grandes classes.

I. LES PROCÉDÉS A INCISIONS UNIQUES.

1° Incision latérale externe (Velpeau, Blandin, Syme) ; 2° incision médiane (Dieffenbach) ; 3° incision transversale (Huguier) ; 4° incision latérale interne.

Or, Dubreuil prétend que les procédés à une seule incision ne donnent pas assez de jour ; ils

laissent une cicatrice apparente, et qui plus est entraînent la section sinon du canal de Sténon, tout au moins de nombreuses branches du facial. Nous n'en parlerons pas.

II. LES PROCÉDÉS A INCISIONS MULTIPLES.

Procédé de Gensoul. — Dans ce procédé, aujourd'hui abandonné, le chirurgien de Lyon taillait un lambeau quadrilatère, qui, relevé de haut en bas, permettait d'attaquer avec la gouge et le maillet les points d'attache du maxillaire.

Procédé de Velpeau. — Ce procédé est souvent employé. Incision unique partant de la commissure labiale, pour se rendre vers le milieu de l'os malaire, entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille. Cette incision décrit une courbe au devant du canal de Sténon qui n'est pas blessé. On dissèque ensuite et l'on relève le lambeau supérieur, en sectionnant le nerf sous-orbitaire. On détache la narine de la branche montante du maxillaire. La paroi interne de l'orbite est alors traversée avec un trocart, et la scie à chaîne conduite à travers la fosse nasale coupe l'apophyse montante. L'œil étant doucement écarté, ainsi que l'aponévrose orbito-oculaire, une scie à chaîne est introduite, à l'aide d'une aiguille de Cooper, dans la fente sphéno-maxillaire ; on divise alors l'apophyse malaire. En ce moment l'os ne tient plus que par sa partie

horizontale qu'on peut couper dans le sens antéro-postérieur avec la scie à chaîne ou avec la pince de Liston. Avant de couper l'os, il faut avec le bistouri diviser la membrane fibro-muqueuse qui tapisse la face buccale. Le maxillaire ne tient plus que par le point sphéno-palatin. Pour l'en détacher, on saisit fortement le bord alvéolaire avec un davier, et par un mouvement de bascule de haut en bas et d'arrière en avant on opère facilement la séparation qui se complète par un mouvement de torsion.

Procédé de Lisfranc. — 1° Incision partant de la commissure labiale et finissant directement au niveau de l'angle orbitaire externe du frontal; elle évite le canal de Sténon. 2° Incision partant de la partie médiane du bord libre de la lèvre supérieure, tombant dans la narine, contournant ensuite l'aile du nez, et remontant parallèlement à l'axe de la face jusqu'à une ligne ou deux au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Ce procédé donne un vaste lambeau quadrangulaire à base supérieure.

Procédé d'Heyfelder ou de Dieffenbach. — Incision commençant à la racine du nez, passant par le milieu de cet organe et divisant le milieu de la lèvre supérieure. Une seconde incision transversale très courte va du commencement de la première à l'angle interne de l'œil. On a ainsi un vaste

lambeau que l'on peut renverser sur la région externe.

Procédé de Chassaignac. — Chassaignac a ajouté au procédé d'Heyfelder une incision horizontale le long du bord orbitaire. Ce procédé a pour but de ménager les filets du facial, mais il a le défaut de faire supporter le lambeau par la paupière inférieure.

Procédé de Nélaton. — Nélaton limitait son lambeau à l'aide d'une incision qui commençait par diviser verticalement la lèvre supérieure, à côté de la ligne médiane, contournant l'aile du nez, puis décrivant une courbe concave en bas venait rejoindre le sillon oculo-palpébral à l'union du tiers interne avec le tiers moyen.

Procédé de Fergusson, Maisonneuve et Bauchet. — Ils pratiquaient l'incision latérale interne en ligne brisée et faisaient en outre une incision transversale qui partant de l'extrémité supérieure de la première suivait le bord adhérent de la paupière inférieure.

Ces divers procédés remplissant à peu près les indications de Dubreuil sont classiques. Néanmoins quelques auteurs voulant remplir de nouvelles indications ont proposé des méthodes spéciales.

Ainsi pour éviter plus sûrement les difformités

qui peuvent résulter de la résection du maxillaire supérieur, M. Ollier a conseillé d'employer la méthode sous-périostée, dans l'espoir de voir un nouvel os se reproduire. L'ablation sous-périostée du maxillaire supérieur peut se faire à la rigueur, par tous les procédés qui ont été proposés pour la résection du maxillaire supérieur. Cependant il est préférable de suivre le procédé indiqué par M. Ollier.

La seule objection que l'on puisse faire à ce procédé est sa difficulté (décollement du périoste qui est le troisième temps.) Mais l'expérience a démontré que l'on a beaucoup exagéré la difficulté des résections sous-périostées en général, et de celle-ci en particulier.

Enfin c'est M. Létiévant(de Lyon) qui apporte une modification toute nouvelle. Jusqu'ici tous les procédés *sectionnent rapidement le nerf sous-orbitaire*. M. Létiévant le conserve, il ménage de plus un trépied osseux qui empêche la joue de s'affaisser. Le nerf sous-orbitaire conserverait à la joue tous ses caractères fonctionnels.

Voici du reste comment il procède. Nous empruntons ce paragraphe aux *communications au congrès médical international de Genève* (10 septembre 1877) par le professeur Létiévant.

« L'incision faite en suivant les contours des sillons naturels pour dissimuler la cicatrice future dans le fond de ces sillons, comme sur ce malade, je dissèque rapidement la joue à la surface antérieure

de l'os maxillaire jusqu'au niveau du trou sous-orbitaire. Là je m'arrête pour poursuivre la dissection au rebord inférieur de l'orbite jusqu'au niveau du canal sous-orbitaire.

Je taille alors sur ce rebord orbitaire, à l'aide de la gouge et du maillet, une encochure triangulaire correspondant exactement par son sommet au canal sous-orbitaire. Ce canal ainsi ouvert à sa partie antéro-supérieure dont on achève l'ablation sur le plancher de l'orbite, à l'aide de pinces, comme dans mon procédé de névrotomie sous-orbitaire. On dégage alors au moyen d'un petit crochet le nerf et ses vaisseaux satellites qui tous viennent s'appliquer à la face profonde du lambeau génien.

Le nerf est conservé et fait partie du lambeau; il faut alors tailler les aiguilles osseuses, qui doivent former le trépied de sustentation du lambeau.

Pour cela, sur la lèvre interne de l'encochure faite au rebord orbitaire, je taille, à l'aide du ciseau et du maillet, une aiguille osseuse comprenant ce rebord et se continuant avec la base de l'apophyse montante.

Je taille de même sur la lèvre externe de l'encochure une deuxième aiguille osseuse comprenant cette fois l'apophyse malaire du rebord orbitaire, et se continuant avec le reste de l'os malaire, puis j'achève la séparation de l'os malaire avec l'os maxillaire, enfin, passant au bord alvéolaire et à la voûte palatine, je conserve l'os incisif avec ses deux

incisives latérales, faisant courir le ciseau obliquement jusqu'au trou palatin antérieur puis directement d'avant en arrière depuis ce trou, jusqu'à la partie la plus reculée de la voûte palatine.

La section osseuse est terminée. Les trois saillies osseuses (deux orbitaires, une incisive) sont trois points solides qui vont servir comme de trépied, de support au lambeau jugal, et l'empêcher de s'affaisser. Voilà, messieurs, ce qui a maintenu chez mon malade et la forme et les fonctions de la joue. »

Quelques mots maintenant sur la manière dont s'exécute la section des os.

Pour pratiquer cette section quelques chirurgiens emploient la scie à chaîne; d'autres donnent la préférence à la gouge et au maillet comme Gensoul. Enfin il en est qui se servent de pinces incisives comme le faisait Lisfranc. On emploie aujourd'hui les pinces de Liston modifiées qui donnent une section nette, sans éclats; et il est bien peu d'os qui puissent résister à leur puissante action. Elles ont. en outre, l'avantage de ne pas broyer les tissus comme la scie à chaîne ; de plus elles produisent un ébranlement beaucoup moindre, ne font pas éclater les os et ne laissent pas d'esquilles dans la plaie, reproches que l'on peut adresser à bon droit à la gouge et au maillet. Enfin elles abrègent de beaucoup la durée de l'opération.

A quelle méthode doit-on donner la préférence ?

Notre expérience n'est pas encore assez grande pour nous prononcer. Néanmoins il nous semble que le procédé de Fergusson, Maisonneuve, Bauchet doit donner de bons résultats.

Celui de M. Ollier remplit de bien belles indications, quand il est applicable. Mais dans le cas de tumeurs malignes envahissant l'os maxillaire peut-on conserver le périoste?

Nous ne reprochons au procédé de M. Létiévant que la nécessité où il met le chirurgien d'employer la gouge et le maillet.

En résumé, nous nous rangeons à l'avis de Malgaigne et nous dirons que le procédé opératoire le meilleur sur le cadavre est quelquefois loin d'être applicable sur le malade ; le choix du procédé devra varier suivant les cas particuliers, suivant le siège de la tumeur, son volume, l'intégrité plus ou moins complète des téguments. On devra toujours chercher à pratiquer l'incision sur des parties parfaitement saines, si on veut obtenir une réunion immédiate, et employer le procédé et les instruments qui permettront d'abréger le plus possible la durée de l'opération.

Tel est le précepte qu'a suivi M. Grynfeltt lorsqu'il opéra le malade dont nous donnons l'observation dans le chapitre suivant.

CHAPITRE IV.

SON INUTILITÉ ET MÊME SON DANGER DANS CERTAINS CAS.

La tumeur cancéreuse opérée dans les meilleures conditions récidive souvent. Après l'extirpation une tumeur bénigne ne récidive point, à moins qu'il n'en soit resté des fragments sur le lieu qui en était d'abord le siège. C'est, au contraire, dans ce point que reviennent souvent les tumeurs cancéreuses. Il est rare de voir un même malade atteint plusieurs fois de polypes fibreux, de chondromes ou de sarcomes ; il est rare, au contraire, de ne pas voir les véritables cancers repulluler, Quand les tumeurs homœomorphes reviennent, c'est au bout d'un temps généralement considérable ; la plaie de l'opération finit toujours par se cicatriser, on ne l'a pas encore vue se transformer en ulcère de mauvaise nature, devenir le siège de végétations cancéreuses et former des cavernes squirrheuses. *Après l'enlèvement des cancers, au contraire, la récidive est ordinairement prompte, elle ne donne pas à la plaie le temps de se cicatriser.* Au lieu d'une plaie, d'un ulcère à simple purulence, on a bientôt, dans une foule de cas, une surface qui se couvre de pelotons de végétations encéphaloïdes, qui se creuse, qui devient le siège d'une suppuration ichoreuse dont le fond revêt

au bout d'un certain temps les caractères d'un ulcère cancéreux. Les tumeurs bénignes ne repullent pas, ne détruisent pas les tissus de proche en proche, ne les envahissent pas pour les désorganiser, ne cessent jamais de ne pouvoir être enlevées avec chance de guérison; les cancers font le contraire. (Velpeau, T. du sein.) Ce paragraphe emprunté à Velpeau est en tous points applicable aux cancers de la mâchoire supérieure.

La récidive, il est vrai, n'est pas fatale, tandis que le malade est fatalement voué à une mort certaine si on ne le débarrasse pas de son cancer. Mais il est des cas où l'action du bistouri est si rapidement funeste que la main du chirurgien doit hésiter. Il est des tumeurs qui semblent puiser une nouvelle vigueur dans leur extirpation. Elles se développent alors avec une rapidité inouïe, tandis qu'elles auraient mis un temps bien plus long à évoluer, sans cette sorte d'excitation produite par l'opération.

Pourquoi ce fait se produit-il ? Nous ne chercherons pas à l'expliquer. Nous le constatons afin d'éviter à l'opérateur une cruelle déception.

Ce sont certaines tumeurs malignes qui récidivent de la sorte et que l'on ne doit pas opérer. Quelques faits cliniques à l'appui de notre thèse; c'est derrière eux que nous nous retranchons pour expliquer ce chapitre, qui va contre les habitudes de beaucoup de chirurgiens. Il nous dispenseront, du

reste, de plus amples développements. Et d'ailleurs cette idée ne nous appartient pas, M. Bérard dans son article Sinus maxillaire (du Dictionnaire en 30 vol). parlant de cancer de cette région et surtout de l'encéphaloïde, conseille la résection complète de l'os, mais il veut qu'on s'abstienne dès que le cancer a envahi les parties voisines.

Nous parlerons d'abord d'un jeune Italien que nous avons vu et soigné à Montpellier. Son histoire, qui nous a suggéré l'idée de ce chapitre, restera longtemps gravée dans notre mémoire, à cause de l'enseignement qu'elle donne. Nous devons à l'obligeance de M. Appollinario interne à l'hôpital Saint-Eloi quelques notes qui nous ont permis de compléter notre observation. Qu'il reçoive ici nos remerciements.

OBSERVATION II.

Erasme Dianni, âgé de 18 ans, né à Gaëte (Italie) entre à l'hôpital Saint Eloi de Montpellier le 8 mars 1878.

D'un tempérament sanguin, d'une constitution bonne, d'nne complexion vigoureuse, Dianni n'a jamais été malade.

Pás d'antécédents héréditaires.

Son père à qui l'on demande des renseignements (Dianni s'exprimant très mal en français) attribue l'origine du mal à un traumatisme, et il dit qu'il y

a environ quatre mois son fils, qui était au haut d'un mât, fit une chute, tombant d'abord sur les pieds, puis se renversant en arrière, la nuque frappant contre le sol. Cette chute n'eut pas de suite immédiate, elle n'amena pas même de perte de connaissance.

Néanmoins un mois après environ, une petite tumeur apparut à l'angle interne de l'œil gauche. Impossible d'en connaître les caractères. — Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment la région sous-orbitaire grossit peu à peu, le nez se dévia à droite, une exophthalmie notable se produisit. Pas de phénomènes douloureux. Mais le mal faisant tous les jours de rapides progrès, Dianni entre à l'hôpital.

A son arrivée, il présente à la région sous-orbitaire gauche une tuméfaction considérable s'étendant de la paupière inférieure jusqu'au rebord dentaire du maxillaire et de l'angle interne de l'œil à la région malaire. Le sillon naso-génien n'existait plus. Le nez est déjeté à droite, le globe oculaire projeté en avant, en haut et en dehors. La paupière inférieure est tuméfiée. La vue est conservée. La peau a conservé sa couleur normale. Le rebord alvéolaire, la voûte palatine ne présentent rien de particulier. Au toucher la région malade est indurée. — Pas de douleur, seulement un peu de gêne. — Le voile du palais et l'arrière-gorge ne présentent rien de particulier. Narines libres. Etat général excellent. Pas de ganglions indurés.

Le malade est à l'hôpital depuis quelques jour à peine et sa tumeur a fait des progrès alarmants. Elle s'est étendue vers le plancher de l'orbite, comme le prouvent des douleurs lancinantes qui tous les soirs deviennent plus intenses, l'exophthalmie qui s'est accrue d'une manière notable, un chémosis qui a pris des proportions considérables. La vision n'a pourtant pas diminué. La pression sur le globe oculaire est douloureuse, et fait disparaître un peu l'exorbitisme. Etat général excellent.

En présence de ces progrès rapides, M. le professeur agrégé Grynfeltt se décide à tenter une opération le 14 avril 1878.

L'opération pratiquée sans chloroformisation préalable a été supportée par le patient d'une manière héroïque.

Ponction préalable avec un trocart dans l'antre d'Highmore pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à une tumeur liquide. Pour la section des parties molles M. Grynfeltt combine les procédés de Nélaton et Maisonneuve.

Le lambeau disséqué, on voit qu'il est infiltré de lymphe plastique, lardacé ; les muscles sont décolorés.

Dans l'impossibilité de placer la scie à chaîne (la fente sphénoïdale étant déformée) pour diviser le pont jugo-maxillaire, on fut dans la nécessité de

faire usage de la gouge et du maillet. Les cisailles firent le reste.

Le maxillaire enlevé, on constate que la tumeur a envahi la fosse ptérygoïde. Il est impossible d'atteindre le mal dans sa racine. On se contente d'une forte cautérisation.

Suture entortillée. Scarification du chémosis.

Lavage de la plaie à l'eau alcoolisée et phéniquée.

Potion à prendre dans la journée : teinture d'aconit, 20 gouttes; sirop de morphine, 30 gr. ; eau de fleurs d'oranger, 30 gr.

Le malade passe bien la soirée. Pas de fièvre. La nuit il dort un peu.

Le 20 on enlève les aiguilles; lavage à l'eau phéniquée.

Le 21 un peu de fièvre. L'œil est œdématié, on soupçonne un travail de prolifération derrière cet organe.

Le 22 des productions néoplasiques tendent à combler la cavité produite par l'opération.

L'exophthalmie augmente, ainsi que la déviation du nez.

Le 26, l'espace laissé vide par le maxillaire est rempli par les proliférations néoplasiques.

A partir de ce jour la tumeur prend des proportions effrayantes.

Des douleurs lancinantes, se produisant d'abord le soir, deviennent continues. Vers la fin de mai la

tumeur a envahi toute la joue ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, le gonflement arrive à la clavicule.

Dans les premiers jours de juin la tumeur sphacélée tombe en lambeaux laissant à sa place une cavité infundibuliforme pouvant loger le poing. Les douleurs deviennent horribles et le jour et la nuit. Une odeur repoussante s'exhale de la plaie. Le malade dépérit rapidement et il meurt le 26 juin dans le marasme le plus complet.

Observation III (résumée)

(Empruntée à M. le Dr Charles Guillaume, thèse du 5 août 1875.)

Prignon (François), âgé de 32 ans, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament lymphatique sanguin, n'a jamais été malade. Pas d'antécédents syphilitiques.

Au mois de septembre 1873, sans cause connue, il a été pris d'une gêne du côté des fosses nasales, qu'il a attribuée à un rhume de cerveau : cette gêne a augmenté, et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située profondément en dessous de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher ; elle s'est développée assez rapidement, et est venue faire saillie à l'extérieur. A partir de ce moment l'obstruction

de la fosse nasale est devenue complète, et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus en plus violentes, qui revenaient par accès. Il a consulté un médecin qui, croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire, a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision, faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires.

Cette ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liquide fétide ; le malade a été soulagé, mais la tumeur de la joue n'a pas été modifiée. On a pratiqué des injections d'eau alcoolisée dans la cavité du sinus. Ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche ; on les a continuées pendant deux mois ; les douleurs n'ont pas cessé, au contraire, elles sont devenues extrêmement vives, et se sont propagées à la tempe et à la région frontale ; elles présentaient deux types bien distincts : les unes passagères et subites, sont comparées par le malade à des coups d'aiguille ou à des secousses électriques, elles avaient leur siège dans la tumeur ; les autres s'irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs, et revenaient par accès, surtout la nuit. Elles duraient plusieurs heures.

On a administré sans succès le sulfate de quinine, puis la morphine par la méthode endermique.

Les injections alcoolisées ont été remplacées par des injections émollientes, et peu à peu les douleurs névralgiques sont devenues moins vives.

Pendant deux mois le malade n'a fait aucun traitement.

Le 15 juin 1874, nous le trouvons dans les conditions suivantes : le côté gauche de la face est déformé par la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, située au-dessous du bord inférieur de l'orbite ; la peau qui la recouvre est saine et mobile à sa surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique, peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse, elle semble développée au-devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale gauche est le siège d'une tuméfaction qui l'oblitère complètement. La voûte palatine est déformée ; elle est le siège d'une bosselure circonscrite qui correspond au niveau de la portion horizontale de l'os palatin, et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite ; l'œil n'est pas dévié, la vision n'est pas troublée.

Le malade souffre beaucoup, et ses douleurs, plus aiguës la nuit, le privent de sommeil ; elles se propagent suivant le trajet des nerfs sus-orbitaires et temporaux. La tumeur est le siège de douleurs lancinantes. Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur, et surtout à cause des antécédents du malade, on pratique une ponction exploratrice avec un trocard à hydrocèle, qu'on fait pénétrer jusque dans

le sinus ; il sort à peu près un demi-verre de sang noir, sans mélange d'autre liquide. Une autre ponction est faite avec un trocard explorateur, introduit dans la fosse nasale, en se dirigeant le plus possible du côté du sinus maxillaire ; il s'écoule encore une certaine quantité de sang. En faisant cette ponction, on a constaté que l'instrument, après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur, pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine, dans le point où il existe de la tuméfaction, et l'instrument arrive dans le sinus sans trouver de résistance osseuse. On en conclut que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sur la paroi antéro-externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire, qui est déjà altéré en grande partie.

Le malade nous apprend que son père est mort d'un cancer de l'estomac, et qu'un de ses frères a succombé à un cancer de la langue.

On introduisit une sonde en gomme élastique jusque dans le sinus, en se servant de l'ouverture faite par le gros trocart, et on injecte une certaine quantité d'eau aromatisée avec de l'alcool de menthe ; en faisant cette injection, on a pour but de s'assurer que le sinus maxillaire est libre, et aussi de désinfecter le malade, qui exhale par la bouche et les narines une odeur repoussante.

On injecte sous la peau de l'avant-bras six gouttes

d'une solution de chlorhydrate de morphine au 20e ; le malade est plus calme. Mais la tumeur ne tarde pas à s'enflammer. La joue devient rouge, la paupière inférieure est tuméfiée. Le Dr Péan, qui a examiné le malade avec le Dr Hardy, pense comme lui que la tumeur est un cancer et conseille l'ablation du maxillaire.

Il y a du reste urgence, car la peau de la joue, très altérée par les poussées inflammatoires répétées, commence à contracter des adhérences avec la tumeur et menace de s'ulcérer.

Opération pratiquée le 12 mai 1874 par M. le Dr Ch. Hardy, assisté de M. Dr Berrut, de Vachez et de nous.

Procédé de Velpeau. — Sections osseuses avec cisailles de Liston. — Rien de particulier à signaler. Huit points de suture.

Examen de la tumeur. — Cet examen fait, M. le professeur Laveran démontre la variété de tumeurs dite sarcome myéloïde.

Suites de l'opération. — Le 15 mai, le malade est pris de frissons, de nausées, de douleurs de tête violentes, la plaie est douloureuse, la peau de la joue présente au niveau de la suture une plaque érysipélateuse; on donne au malade un lavement purgatif, et on recouvre la tumeur avec une pommade au sulfate de fer (formule de Velpeau).

Le 16, l'érysipèle a gagné la moitié de la face du côté malade, les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées, et la rougeur gagne le nez et le front. La plaie est peu atteinte, la réunion paraît solide ; un peu de suppuration autour des épingles. On enlève deux points de suture. Pendant huit jours, l'érysipèle a parcouru la tête, en disparaissant sur les points primitivement atteints. Il est survenu un abcès de la paupière inférieure gauche, mais la marche de la cicatrisation n'a pas été troublée. Le 25, le malade peut sortir, il ne souffre plus, il avale des bouillons et des potages.

Du côté de la bouche, la vaste anfractuosité laissée par l'ablation du maxillaire se remplit et présente un assez bon aspect. Cependant le bourgeonnement trop rapide nous inquiète, et nous faisons des applications de perchlorure de fer pour réprimer les bourgeons charnus. Mais il n'y a bientôt plus de doute ; la tumeur récidive et avec une rapidité telle que, *le* 10 *juin*, elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice. M. Hardy n'hésite pas à enlever toute cette masse fongueuse et à pratiquer des cautérisations énergiques avec une solution concentrée de chlorure de zinc. La tumeur se reproduit de nouveau.

Nous terminons ce chapitre en rappelant quelques dates.

Notre malade est opéré le 14 avril 1878, le 26 du

même mois sa tumeur a atteint le volume primitif et cela avec un caractère de malignité tout particulier.

Celui de M. Hardy, opéré le 12 mai, voit sa tumeur complètement reproduite le 25 du même mois.

Dans les deux cas, quelques jours ont suffi pour la reproduction de la tumeur et son extension à toutes les régions voisiues.

Si l'on ajoute à ce fait *de la suractivité du néoplasme après l'opération*, l'affaiblissement considérable qui doit survenir chez le malade par suite des hémorrhagies au moment de l'opération, et des difficultés de l'alimentation consécutive, autant de causes d'une cachexie profonde et rapide, on ne s'étonnera pas que nous considérions l'intervention chirurgicale comme inutile et même dangereuse dans certains cas de tumeurs du maxillaire.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS BÉNIGNES (DEMANDANT L'OPÉRATION) ET DES TUMEURS MALIGNES (DEMANDANT L'ABSTENTION).

Ce chapitre découle naturellement des précédents et a la plus grande importance. Aussi y avons-nous donné tous nos soins.

Nous pensons, en effet, qu'avant d'intervenir activement dans des cas de tumeurs du maxillaire, il est de toute nécessité d'établir un diagnostic aussi précis et surtout aussi complet que possible, eu égard à l'*étendue* des lésions et à la nature du produit néoplasique, parce qu'il est des cas, nous ne saurions trop le répéter, en présence desquels *on doit savoir s'abstenir*.

Il ne faut avoir recours aux opérations qu'avec des chances suffisantes de succès, et ne les pratiquer qu'avec la certitude de pouvoir enlever tout le mal : les tenter comme ressource désespérée *n'est pas d'une saine pratique chirurgicale.*

On divise les tumeurs du maxillaire supérieur d'après la consistance de leurs éléments constitutifs en tumeurs *liquides* et tumeurs *solides*. Tout en conservant cette classsification des auteurs, nous ferons de ces tumeurs deux catégories: *les tumeurs bénignes* (celles qui ont peu ou point de tendance à récidiver) *les tumeurs malignes* (celles qui ont une grande tendance à récidiver.

De prime abord il n'est pas facile de distinguer une tumeur maligne d'une tumeur bénigne. Dans les deux cas on peut avoir de la douleur, de la déformation, de l'impotence fonctionnelle, sans avoir pour cela affaire à une même affection. Et dans ce cas le *diagnostic précis* n'est pas une simple curiosité chirurgicale, car c'est de lui que dépend le

traitement, traitement qui selon le cas deviendra curatif ou désastreux.

Nous allons donc tâcher de donner les caractères distinctifs des tumeurs bénignes les plus fréquentes.

Et d'abord quelques mots des tumeurs liquides, qui sont *toutes bénignes.*

Kystes. — Les kystes du maxillaire supérieur sont rarement accompagnés de souffrances véritables, c'est plutôt un sentiment de gêne et de pesanteur que les malades accusent. Ils ne déterminent presque jamais de compression du canal nasal, et déforment bien moins la joue que les tumeurs solides. En effet, quand ils siègent dans l'antre d'Highmore, leur contenu peut se vider dans les fosses nasales, au niveau du méat moyen.

Enfin, ils présentent deux ordres de signes importants; l'un met sur la voie du diagnostic, *c'est la crépitation osseuse ;* l'autre est pathognomonique, *c'est la fluctuation.*

De plus, ils se développent avec une lenteur extrême.

Si nous n'insistons pas davantage sur les signes des kystes, c'est qu'il est un moyen infaillible de les reconnaître, moyen que l'on ne doit jamais négliger d'employer toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur du maxillaire, *c'est la ponction exploratrice.*

Nous savons bien que le cancer arrivé à une certaine période peut laisser écouler un liquide, mais les caractères en sont si tranchés que l'erreur n'est pas possible.

Anévrismes. Tumeurs érectiles ? — Les anévrismes et les tumeurs érectiles sont chose si rare que nous ne nous en occuperons pas. D'ailleurs on conçoit que les signes doivent en être suffisamment caractéristiques.

Nous passons maintenant à l'étude des tumeurs *solides*.

Odontomes (1). — Les odontomes ne peuvent prendre naissance que pendant le développement des dents, c'est-à-dire avant l'éruption de la dernière molaire, ils ne s'observeront, par conséquent, que sur les sujets encore jeunes.

Les dents molaires, les grosses molaires en particulier sont presque toujours le siège de la maladie ; une seule variété, l'odontome coronaire partiel (dent verruqueuse), peut se montrer aux incisives.

Au début sorte d'odontalgie, en un point où plus tard apparaîtra une petite tumeur; ce point est ordinairement rapproché du bord alvéolaire. Les dents voisines de l'odontome sont souvent déviées ou arrêtées dans leur évolution.

(1) M. Broca désigne sous le d'odontomes des tumeurs constituées par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs.

Enfin il se forme des abcès qui s'ouvrent et restent fistuleux. En résumé : âge du malade, absence d'une ou plusieurs dents au niveau de la partie tuméfiée, tels sont les signes distinctifs des odontomes.

Fibromes. — Lorsque la tumeur est superficielle, non recouverte par une coque osseuse, sa dureté, sa forme souvent arrondie, sa surface lisse, de consistance égale partout, ses limites nettes, l'intégrité des tissus voisins, son indolence, la lenteur de son développement, l'absence habituelle d'ulcérations et d'hémorrhagies, la non-tuméfaction des ganglions, etc., sont autant de caractères qui la distinguent des tumeurs sarcomateuses et cancéreuses de la mâchoire.

Pour la distinguer de l'exostose, on se rappellera la dureté caractéristique de celle-ci, et pour la différencier d'avec les enchondromes on se souviendra que ces derniers présentent très souvent une transformation kystique, qui donne à la tumeur une consistance inégale.

Enfin la ponction exploratrice fera éliminer l'idée de kyste.

Chondromes. — Les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur présentent un certain nombre de signes, communs à toutes les variétés de tumeurs de cet os (gêne fonctionnelle, difformité, etc.).

Il sera néanmoins possible dans la plupart des cas de reconnaître certains signes distinctifs. Les progrès de la tumeur sont ordinairement lents, le sujet est jeune, etc., tous caractères d'une tumeur bénigne. Et la dureté spéciale de la tumeur la différenciera des autres tumeurs non malignes. *L'ostéome* ne saurait être confondue avec un enchondrome, la dureté dans les deux cas n'est pas la même.

Du reste, une erreur de diagnostic dans ce sens ne serait pas préjudiciable au malade, le traitement étant le même. On se rappellera du reste que les ostéomes peuvent être rangés parmi les raretés pathologiques.

Il en est de même des *lipomes*. Virchow n'en admet pas l'existence.

Telles sont les caractères particuliers des tumeurs bénignes du maxillaire supérieur. Il nous reste à parler de quelques caractères communs.

En général, la muqueuse est intacte, si elle est ulcérée en quelque point, il sera facile de reconnaître au seul aspect que cette altération est de nature inflammatoire ; elle diffère en tout cas considérablement des ulcérations végétantes ou fongueuses que l'on observe dans les cancers.

La peau est également intacte et mobile.

Les ganglions parotidiens et sous-maxillaires ne sont pas tuméfiés. Enfin les commémoratifs, l'histoire du début de la tuméfaction, l'aspect de la dé-

formation apprendront facilement si la tumeur siège dans le sinus ou non.

Nous passons maintenant à l'étude des « tumeurs malignes. » Ce sont les sarcomes, les myxomes et les carcinomes.

Sarcomes. — On rencontre soit dans l'épaisseur, soit à la surface du maxillaire supérieur, toutes les variétés de sarcome (glio-sarcomes, sarcomes encéphaloïdes, etc.).

D'après le siège qu'ils occupent on peut les diviser en trois classes : 1° sarcomes centraux; 2° sarcomes périphériques; 3° épulis sarcomateuse (au bord libre de l'arcade alvéolaire).

1° La plupart des sarcomes centraux appartiennent à la variété myéloïde; cette tumeur frappe par sa coloration spéciale, rouge brun, sanguine, comparée par certains à celle de la rate, du poumon hépatisé. Sa consistance est tantôt assez ferme, tantôt molle comme la boue splénique. La vascularisation en est très grande. Le sarcome myéloïde central tend toujours à augmenter de volume et à dépasser l'enceinte osseuse où il était primitivement renfermé et vient faire saillie sous la peau ou sous la muqueuse. Il peut s'ulcérer. Son siège de prédilection est l'arcade alvéolaire.

2° Les sarcomes périphériques se développent sous le périoste de la face externe du maxillaire, la tumeur constitue à la surface de l'os une masse ar-

rondie, demi sphérique ou aplatie, recouverte par le périoste épaissi ou altéré. Le sarcome du périoste est une affection relativement bénigne lorsqu'il est enlevé à une époque rapprochée du début, alors qu'il est encore enfermé dans une sorte de capsule périostique, il devient grave au contraire lorsque le mal a dépassé ses limites.

3° *Epulis sarcomateuse.* — On désigne sous ce nom le sarcome du bord alvéolaire, qui forme sous la gencive, au niveau du bord libre de l'arcade dentaire, une tumeur connue depuis longtemps sous le nom d'épulis.

Il arrive très souvent que cette tumeur paraît sortir de l'intérieur d'une alvéole, sous forme d'une masse molle irrégulièrement arrondie.

Etiologie. — M. E. Nélaton a fait observer que les sarcomes sont une affection du jeune âge et souvent de l'enfance ; fréquentes de 15 à 25 ans, ces tumeurs sont rares après 35 ou 40 ans.

Il arrive assez souvent que le développement de la maladie coïncide avec une altération des dents ou une cause traumatique.

Symptômes. — Les symptômes sont ordinairement ceux des tumeurs bénignes : pas de retentissement général sur l'organisme, les ganglions sont rarement tuméfiés. L'âge seul du malade peut

Les épithéliomes occupent le plus souvent, au début, soit le tissu des gencives, soit les parties molles de la face, d'où ils s'étendent au maxillaire. Mais à moins qu'ils ne débutent dans le sinus, ils occupent ordinairement à l'origine le bord alvéolaire.

Ils peuvent former une tumeur assez limitée, saillante, recouverte par la muqueuse gingivale, offrant en un mot l'aspect ordinaire de l'épulis, d'où le nom d'*épulis épithéliale*.

Voilà les deux variétés de tumeurs cancéreuses les plus fréquentes au maxillaire supérieur.

Nous allons en étudier en détail les symptômes.

Ces tumeurs présentent dans leur développement deux périodes : Une période de *latence*, une période de *confirmation*.

Dans la première, le malade n'éprouve que quelques douleurs fugaces ou continues, mais sourdes. Dans ce cas il faut se méfier et ne pas trop songer à une odontalgie. L'état général reste bon. La durée de cette période est variable, on peut dire que plus elle sera courte plus la tumeur sera maligne.

Dans cet état l'opération est possible et le succès probable, jusque là, en effet, le cancer est resté une maladie locale. Mais il faut se hâter car les accidents vont marcher avec une rapidité effrayante.

Dans la seconde période apparaissent les déformations ; la tumeur plus ou moins volumineuse fait saillie dans différentes directions. Les signes caractéristiques sont alors la douleur lancinante, la

faire songer au sarcome. La résection est donc ici indiquée, sauf les cas où la tumeur par trop volumineuse aura envahi les os qui s'articulent avec le maxillaire supérieur. C'était le cas du malade dont nous parlons dans l'observation II.

Myxomes. — Les myxomes se reconnaîtront facilement à leur caractère de tumeurs molles, d'aspect gélatineux, plus ou moins vasculaires, essentiellement formés par du tissu muqueux semblable à celui que l'on trouve à l'état normal, chez l'enfant, dans le cordon ombilical.

Pour l'étiogie et le pronostie nous renvoyons à ce que nous avons dit des sarcomes.

Carcinomes — Epithéliomes. — Les formes du cancer des os que l'on observe le plus fréquemment aux mâchoires sont le carcinome médullaire, et le cancroïde ou épithéliome.

La rapidité très grande avec laquelle ces tumeurs se développent rendent très souvent difficile de préciser le point de départ anatomique (périoste, maxillaire, sinus).

Les caractères anatomiques de la lésion ne présentent aucune particularité,

La tumeur revêt l'aspect mou, blanchâtre du cancer encéphaloïde; le tissu néoplasique est en général très riche en vaisseaux, il peut se faire des ruptures ou des épanchement sanguins.

forme bosselée de la tumeur, son adhérence à la peau et aux tissus ambiants qui ne permet plus de l'isoler Nous ne parlons pas de la cachexie, c'est-à-dire de cet état général grave qui s'accompagne de la teinte jaune-paille de la peau, ulcérations, etc., car, quell que soit la rapidité de l'évolution du cancer, les malades réclament des soins avant de tomber dans le marasme.

Enfin les ganglions voisins (parotidiens, sous-maxillaires) ne tardent pas à s'engorger.

Ces signes, nous n'en doutons pas, suffiront pour faire reconnaître la nature de la tumeur ; s'ils ne suffisaient pas, on pourrait toujours à l'aide du trocart de Küss enlever une parcelle du tissu morbide pour l'examiner au microscope. Mais est-ce tout?

Non, il faut encore en reconnaître *les limites*.

L'exploration attentive de tous les points accessibles du maxillaire devra être faite avec soin; au moyen d'une sonde introduite dans les fosses nasales avec le doigt porté à travers la bouche derrière le voile du palais, on recherchera les limites profondes de la tumeur.

Enfin la nature de la déformation donnera des indications plus précises. Lorsque tout le maxillaire est envahi l'aspect du malade est horrible; l'œil est plus ou moins chassé de l'orbite ; les paupières sont gonflées, œdématiées, le nez est déformé, les fosses nasales obstruées. On peut observer des paralysies plus ou moins profondes par suite de la compression

ou de l'envahissement par le néoplasme de tel ou tel nerf. Dans cet état, surtout si les ganglions sont engorgés, on doit s'abstenir de toute opération.

Nous ne saurions terminer cette étude des tumeurs du maxillaire supérieur sans reproduire un tableau de O. Weber que nous empruntons à M. Guyon (Dict. encyclopédique des sciences médicales, article Maxillaire. C'est du reste de cet article que nous nous sommes souvent inspiré pour notre travail.

En réunissant 183 cas appartenant à des auteurs divers rassemblés par O. Heyfelder, 36 recueillis par Lücke à la clinique de Langenbeck; 17 publiés par le *Médical Times*, observés ou examinés par lui-même, O. Weber arrive à un total de 307 cas, qui se répartissent ainsi :

Tumeurs osseuses,	32 cas.
Tumeur vasculaire,	1
Fibromes,	17
Sarcomes,	84
Enchondromes,	8
Kystes,	20
Polypes muqueux,	7
Carcinomes,	133
Mélanomes,	5

O. Weber fait remarquer que le nombre des carcinomes, dans cette statistique, est exagéré; ce qui s'explique par la confusion souvent faite entre les

sarcomes et les cancers. D'après lui les sarcomes sont les tumeurs les plus fréquentes, et doivent compter pour plus d'un tiers dans un relevé général; les carcinomes compléteraient le second tiers; le troisième appartient aux autres tumeurs maxillaires.

On voit par là que la résection est indiquée dans la majorité des cas. Néanmoins il ne faudrait pas se laisser par trop entraîner et opérer systématiquement toutes les tumeurs du maxillaire supérieur.

CONCLUSIONS.

1° La résection du maxillaire supérieur est une opération relativement bénigne, comme le démontrent nos statistiques. Elles donnent, en effet, 1 insuccès seulement pour 3,67 succès, c'est-à-dire 27,24 morts sur 100 opérés.

2° Il n'est pas possible d'indiquer un procédé opératoire pour tous les cas, du reste tous les procédés peuvent être employés s'ils remplissent les trois conditions exigées par M. Dubreuil.

3° Si la résection du maxillaire supérieur est indiquée dans la majorité des cas de tumeurs de cet os, il est pourtant des circontances où non seulement elle est inutile, mais où elle constitue une imprudence chirurgicale.

4° Il est donc de la plus haute importance, avant

toute intervation chirurgicale, de porter un diagnostic précis sur la nature et les limites des tumeurs du maxillaire supérieur.

Cela évitera, dans bien des cas, des déceptions amères.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et Histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. — Lésions produites par la foudre. — Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine, Leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des Hirudinées. Leurs caractères généraux. Leur classification. Des sangsues; décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et Histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu, bon à imprimer,
Le président de la thèse :
RICHET

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.